

stand om at «det finnes sikker og effektiv behandling for depresjon».

Vi synes at Heskestads konklusjon er underlig og uheldig. Han mener vel ikke at effektiviteten ved medikamenter og psykoterapi er så lav at vi skal slutte å behandle de deprimerede med slike metoder? Det må være riktig fortsatt å gi aktiv behandling, ledsaget av lindring og trøst. For de deprimeres skyld: La oss være realister, ikke nihilister! Vi tolker fortsatt litteraturen (3) slik at vi har god dekning for påstanden om at depresjoner lar seg behandle effektivt.

Bergen/Oslo

*Bjarte Sanne
Alv A. Dahl
Grethe S. Tell*

Litteratur

1. Quitkin FM, Rabkin JG, Gerald J, Davis JM, Klein DF. Validity of clinical trials of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 327–37.
2. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF et al. National Institute of Health treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971–82.
3. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *JAMA* 1997; 277: 333–40.

Habilitering av barn med sansetap

Finn F. Sommer har i nr. 8/2001 skrevet en god oversikt over barnehabilitering slik den foregår i regi av fylkenes barnehabiliteringssentre (1). Slik medisinsk habilitering er definert, spør jeg meg likevel om Sommer mener all habilitering av barn «på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte» skal foregå i regi av fylkenes avdelinger/seksjoner for barnehabilitering eller i barnepsykiatriske miljøer?

Jeg er av den oppfatning at barn med rent hørselstap er tjent med at øre-nese-halsleger (helst med litt mer enn vanlig innsikt og interesse for emnet) forestår den medisinske utredning og oppfølging og er bindeledd mellom helsetjenesten, statlige kompetansesentre og lokalt pedagogisk miljø. I god barnehabiliteringstradisjon. For meg er det unaturlig at barnehabiliteringen kobles inn annet enn som konsulenter ved spesielle problemstillinger. I hvilken grad det samme kan sies å gjelde barn med isolert synstap, vet jeg som øre-nese-hals-lege lite om.

Når sansetapet er kombinert med andre funksjonshemminger, blir problemet mindre, fordi man da er i et naturlig samarbeid. Likevel kan det være viktig å definere hvem som skal ha hovedansvaret, ev. hvordan man skal dele ansvaret.

Det er ønskelig at dette omtales i en oversiktsartikkel om barnehabilitering. Er Sommer og jeg enige om dette, vil det kunne brukes der man strever med å etablere et godt tilbud til barn med sansetap, alternativt bru-

kes der etablerte ordninger er truet av nedleggelse eller – fra faglig hold uønsket – omorganisering. Er vi uenige, er det viktig å få frem uenigheten.

Kan Sommer komme med noen tilleggskommentarer?

Gjøvik

Bjørn Modalsli

Litteratur

1. Sommer FF. Habilitering av barn – et fag i utvikling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 965–8.

F.F. Sommer svarer:

Jeg er glad for dette innlegget, som gir anledning til noen presiseringer. Barn med sansetap skal ha sin medisinske oppfølging der de får den beste hjelpen. Det er antakelig ikke i barneavdelingens habiliteringsteam hvis det dreier seg om et isolert sansetap. Poenget med habiliteringen er at de ulike tjenestene skal samordnes ut fra medisinsk, pedagogisk og sosialfaglig vinkling. Det er jo nettopp det som skjer når en øre-nese-halslege lager tiltak for et barn med hørselstap i samarbeid med audiopedagog, statlige kompetansesentre, lokal helsetjeneste og lokalt pedagogisk miljø, i god barnehabiliteringstradisjon, som Bjørn Modalsli skriver. Dette vil gjelde enten barnet er født med sansetap eller har fått et slikt tap etter sykdom eller skade. Det vil alltid være mulig å hente del-tjenester fra barnehabiliteringen uten å overføre det medisinske oppfølgingsansvaret. Der hvor sansetapet er en del av et mer sammensatt bilde, vil det være naturlig å samarbeide med barnehabiliteringstjenesten om koordinering av tiltakene. Avklaring av hovedansvar og delansvar er en naturlig del av dette. I barnehabiliteringen har vi god erfaring med samarbeid med både øre-nese-hals-leger og øyeleger rundt barn der sansetap er en del av problematikken. Noen barn vil få sine sansetap diagnostisert i barnehabiliteringen fordi de er henvist med spørsmål om utviklingsforstyrrelser. Jeg har god erfaring med samarbeid med både øyeleger og øre-nese-hals-leger også når det gjelder disse barna.

Etter den nye loven om spesialisthelsetjenester har vi i annenlinjetjenesten fått et klarere ansvar for veiledning til kommunene. Dette gjelder alle avdelinger og spesialiteter. Audiopedagoger og synspedagoger er viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet. Det er også nødvendig med et ryddig samarbeid med de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene, som har en viktig funksjon i forhold til barn med sansetap.

Det er ingen uenighet mellom Modalsli og meg i dette. Derimot håper jeg han i artikkelen også leser noe om kommunenes ansvar, og ikke bare den sykehusbaserte barnehabiliteringen.

Oslo

Finn F. Sommer

Selektive serotoninreopptakshemmere – nye bivirkninger?

Det fremgår av Olav Spigsets artikkel i *Tidsskriftet* nr. 2/2001 (1) at «Antidepressive legemidler av typen selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) har vært på markedet i mer enn ti år, og har vært brukt av millioner av pasienter. Likevel rapporteres det fortsatt nye bivirkninger». I artikkelen er bivirkninger som hyponatremi, seponeringssymptomer, nevromuskulære fenomener, psykiske plager, økt blødnings-tendens, pankreatitt osv. omtalt som nye bivirkninger. Det er i artikkelen vist til ti relativt nylig publiserte artikler og studier (1997–2000), hvor Olav Spigset for fire av disse er oppført som forfatter.

De nevnte typer bivirkninger kan imidlertid etter undertegnede oppfatning ikke karakteriseres som «relativt nyoppdaget», et annet uttrykk anvendt i nevnte artikkel, ettersom de var anført i den amerikanske legemiddelkatalogen Physicians' Desk Reference (PDR) for fluoksetin (Fontex; Prozac i USA) og det mest omsatte preparatet i Norge, paroksetin (Seroxat; Paxil) og i en rekke artikler og studier publisert i begynnelsen av 1990-årene (2–5), samt innrapporteringer til World Health Organization (WHO). I 1994-utgaven av PDR, som for Seroxat er basert på en informasjon fra legemiddelfirmaet per 1.6. 1993 og som bl.a. inneholder et resymé av utførte fase 2–3-studier som inkluderer 4 126 deltakere, er det spesielt advart bl.a. mot bivirkningen hyponatremi: «Hyponatremia: Several cases of hyponatremia have been reported.» (...) «The majority of these occurrences have been in elderly individuals, some in patients taking diuretics or who were otherwise volume depleted» (2).

Når det gjelder seponeringssymptomer (withdrawal symptoms) har også den britiske legemiddelkontrollen Medicines Control Agency (MCA) spesielt advart mot denne type bivirkninger, bl.a. i 1993 i februarutgaven av publikasjonen *Current problems in pharmacovigilance* (6). Committee on Safety of Medicines (CSM) uttaler i nevnte sikkerhetspublikasjon at det bl.a. er innrapportert dystoniske reaksjoner, og at paroksetin bør trappes gradvis ned fordi at det kan oppstå seponeringsreaksjoner.

I praksis innebærer dette at de bivirkninger som nå omtales som nye i Norge, var relativt godt kjent, ettersom de bl.a. var anført i den amerikanske legemiddelkatalogen PDR som mulige uheldige hendelser (adverse events) allerede før Seroxat ble introdusert på markedet i Norge i 1993. Til tross for dette er de utelatt i Felleskatalogen.

Hosle

Svein Reseland

Litteratur

1. Spigset O. Selektive serotoninreopptakshemmere – er alvorlige bivirkninger et problem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 154.
2. Physicians' Desk Reference (PDR). 48. utg.